



# Peconic Pediatrics & Breastfeeding Medicine

A Division of Allied Pediatrics of New York

34 Commerce Drive, Suite 2 • Riverhead, NY 11901 Numero 631-722-8880 • Fax 631-722-7851

## Autorización para uso y disponer de Información de Salud

*Historia Medical Formulario de Solicitud*

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Numero de Calle Ciudad Estado Código Postal*

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre Anterior (si aplica): \_\_\_\_\_

Firmando este documento yo doy autorización: \_\_\_\_\_  
Nombre de oficina requiriendo información

Para disponer información de salud a : \_\_\_\_\_  
Nombre de oficina recibiendo información

\_\_\_\_\_  
*Dirección de oficina recibiendo información Numero de Teléfono*

### Chéquele todos que aplican a su persona:

- Toda información de salud
- Información de salud relacionada a los seguido condición o tratamientos: \_\_\_\_\_

Información de Salud a las seguidas fechas: \_\_\_\_\_

Otra Razón Específica: \_\_\_\_\_

### Razón para esta Autorización:

- A mi solicitud
- Otra Razón: \_\_\_\_\_

Esta Autorización Expira: \_\_\_\_\_  
*Fecha- FECHA DEBE DE SER ESPECIFICA*

Yo entiendo que puedo renunciar a firma esta autorización. Tratamiento, pago, inscripción a un plan medico o elegibilidad para beneficios no serán condicionada en firmar una autorización, haciendo esto es prohibido por la ley federal y la ley del estado. Yo entiendo que una autorización puede ser requerida para participar en investigación o donde los servicios de salud son dados solamente para el propósito de crear información sobre la salud para un tercero, y si yo me niego a firmar esta autorización eso servicios pueden ser negados.

Puedo revocar esta autorización en escrito. Si usted lo hace, esto no afectara cualquier acción anterior echa antes de firmar esta autorización. Tal ves no podrá revocar esta autorización si el propósito fue para obtener seguro medico. Puedo revocar esta autorización atreves de escribiendo una carta que ha sido firmada por un notaria publico a la oficina que esta escrito en la parte anterior.

Una ves que su información de salud a sido revelada después de firmar esta autorización, puede ser revelada y también no ser protegida por las leyes de privacidad.

\_\_\_\_\_  
*Padre/Guardián/Representante con autorización legal para firmar Nombre y relación al paciente Fecha*

\*Nota: Este documento tiene que ser parte del record del paciente. Una copia de este documento debe ser dada al paciente o al represéntate legal.